

ANNEE 1970

THESE

N^o

1034

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Alain BRUANT

Né le 28 octobre 1943 à PARIS XIVe

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

TRAITEMENT AMBULATOIRE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
APRES COURTE HOSPITALISATION

Etude de 203 cas de "Femmes tuberculeuses"
hospitalisées au
CENTRE DEPARTEMENTAL DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE
L' AISNE A CHAUNY

Président : M. KREIS, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550208_0019

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Alain BRUANT

Né le 28 octobre 1943 à PARIS XIVe

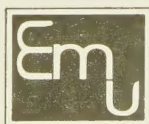
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**TRAITEMENT AMBULATOIRE
DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE
APRES COURTE HOSPITALISATION**

**Etude de 203 cas de "Femmes tuberculeuses"
hospitalisées au
CENTRE DEPARTEMENTAL DE PNEUMO-PHTISIOLOGIE DE
L' AISNE A CHAUNY**

Président : M. KREIS, Professeur

EDITIONS MEDICALES



ET UNIVERSITAIRES

40, rue Pascal - PARIS XIIIe



Je dédie ce travail :

A mes Parents,

Qui m'ont permis de mener à bien mes études
médicales.

A Madame QUENESSON.

Pour l'aide particulièrement efficace qu'elle
m'a apportée.

A tous mes Amis.

A Monsieur le Professeur KREIS.

Qui, en dépit de ses nombreuses occupations,
a bien voulu accepter la présidence de cette
Thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde
reconnaissance.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine de Paris.

A Monsieur le Docteur GIROULLE,

Pneumo-phtisiologue,

Médecin Chef de service du Centre Départemental de CHAUNY.

Qui a bien voulu me guider dans l'élaboration
de ce travail, et me faire profiter de son expérience.
Son exemple et son enseignement m'ont permis
d'acquérir une plus grande connaissance des malades.

Qu'il trouve ici l'expression de ma profonde
reconnaissance.

A Monsieur le Docteur ABRIC.

Pneumo-phtisiologue.

Médecin Chef de service du Centre Départemental de CHAUNY.

Qui m'a inspiré le thème de ce travail.

Sa bienveillance m'a été d'un précieux
encouragement.

Qu'il en soit particulièrement remercié.

Au Docteur ABOUDAN.

En gage d'amitié.

Au Docteur WALLERAND.

Aux Médecins des dispensaires d'Hygiène Sociale du Département de
l'Aisne et à leur Service Social.

Leur aide m'a été d'un grand secours au cours
de cette enquête.

I N T R O D U C T I O N

La révolution introduite dans le traitement de la tuberculose pulmonaire par la chimiothérapie et l'antibiothérapie spécifique a totalement bouleversé le pronostic de cette affection et a amené les Phtisiologues à abandonner certaines conceptions justifiées du temps de la collapsothérapie.

C'est ainsi que progressivement le traitement ambulatoire de la Tuberculose pulmonaire, après un temps raisonnable d'hospitalisation, a remplacé la cure Sanatoriale post-hospitalière systématique, dans des cas certes bien définis, mais de plus en plus nombreux.

Parallèlement le dogme intangible du repos prolongé pendant au moins un an a fait place à des tentatives plus nuancées de la reprise d'activité plus précoce qui ont fait l'objet, en particulier en FRANCE, de récents travaux du Professeur KREIS et de ses Collaborateurs.

Notre étude porte sur les malades femmes hospitalisées au Centre Départemental de Pneumo-Phtisiologie de l'Aisne à CHAUNY, du 1er JANVIER 1958 au 31 DECEMBRE 1966.

Elle a pour but d'étudier le devenir de ces malades qui ont toutes été traitées un temps sensiblement équivalent en milieu hospitalier mais dont le devenir a ensuite divergé :

- certaines ont été adressées en Sanatorium selon des critères qui seront exposés plus loin ;
- d'autres, beaucoup plus nombreuses, ont été autorisées à rentrer dans leur foyer, et il est important de constater d'emblée, que dans leur immense majorité, il s'agissait de mères de famille qui ont dû, de par la force des choses, reprendre leur activité normale de mère, c'est-à-dire, de façon relativement précoce, leur "travail antérieur".

Notre propos est de montrer :

- que les rechutes sont exceptionnelles dans chacun des deux groupes,
 - que la cure ambulatoire post-hospitalière est donc une méthode parfaitement valable sous réserve de certaines précautions de contrôle,
 - que cette méthode ne s'est accompagnée d'aucun risque de contamination familiale.
-

II - METHODOLOGIE

Nous avons donc extrait des archives tous les dossiers des malades femmes entrées entre le 1er JANVIER 1958 et le 31 DECEMBRE 1966, soit un recul minimum de 3 ans, les dossiers antérieurs au 1er JANVIER 1958 ayant été détruits, notre étude n'a pu remonter plus avant dans le temps.

Pour joindre ces malades, trois voies de recherches ont été utilisées :

- une lettre fut adressée à la dernière adresse connue de la malade dans laquelle nous lui demandions :
 - . Avez-vous fait des rechutes depuis votre sortie de l'Hôpital ou du Sanatorium ?
 - Depuis quand êtes-vous considérée guérie par vos Médecins ?
- Une lettre fut parallèlement envoyée à leur Médecin traitant dans laquelle nous leur demandions :
 - . Suivez-vous encore régulièrement Mme..... ?
 - . A votre connaissance, a-t-elle fait des rechutes ?
 - . La considérez-vous comme définitivement guérie de sa tuberculose ?
 - . Nous autorisez-vous à la reconvoquer et à lui faire un cliché soit au dispensaire dont elle dépend, soit au Centre de Pneumophtisiologie de CHAUNY ?

Enfin, nous avons contacté directement les Médecins des dispensaires et les services sociaux des dispensaires de l'Aisne dont dépendaient nos malades, leur demandant de répondre en particulier :

- . s'ils suivaient toujours Madame au D.H.S. ?
- . si elle avait fait des rechutes (à leur connaissance) ?
- . si elle était définitivement guérie et depuis quand ?
- . enfin, leur avis sur la malade ?

Si les réponses des malades étaient parfois imprécises, parfois absentes, dans l'ensemble elles furent nombreuses. Les Médecins traitants ont tous répondu avec précision nous autorisant à faire faire pratiquer des clichés, du moins pour les malades qu'ils suivaient toujours. Quant aux D.H.S., ils nous ont apporté une grande aide en convoquant tous les malades dont nous leur avions communiqué la liste des noms et adresses.

Malheureusement, un certain nombre de malades n'ont pu être retrouvées :

- soit qu'elles aient changé de domicile sans en aviser le Dispensaire qui aurait fait suivre leur dossier au D.H.S. de leur nouvelle résidence,
- soit qu'elles soient parties à l'étranger, Algérie et Belgique principalement et que nous n'ayons pu les joindre par une autre voie,
- soit, et elles sont rares, qu'elles aient refusé de voir tout Médecin et nous n'avons pu retenir leur dossier dans le cadre de l'étude.

AU TOTAL, sur 203 malades, nous avons obtenu :

- Réponses exploitables	:	158
- Réponses non exploitables	:	45
dont : dossiers inutilisables	:	2
sans réponses		10
adresse inconnue	:	33

Nous entendons par "dossiers inutilisables" les dossiers qui, par suite d'un classement d'archives défectueux dans les premières années de l'étude, étaient incomplets sur le plan de l'observation ou des documents radiologiques ne permettant pas une analyse du cas. Mais nous avons acquis la certitude de par les réponses que ces malades n'avaient pas rechuté.

III - ETUDE ANALYTIQUE DES RESULTATS

I - REPARTITION DES MALADES TRAITEES EN SANATORIUM OU EN CURE AMBULATOIRE POST-HOSPITALIERE

A l'étude de ces dossiers, il nous a semblé intéressant de dégager un certain nombre de points, à savoir la répartition des malades traitées en Sanatorium ou en cure ambulatoire post-hospitalière selon :

- leur provenance géographique urbaine ou rurale,
- le mode de traitement,
- leur âge
- l'importance des lésions radiologiques
- les résultats des bacilloscopies à l'entrée.

A - REPARTITION DES MALADES SUIVANT LEUR ORIGINE

Les malades étaient adressées dans le Service par les praticiens des villes et des bourgades, les Médecins du travail et les Dispensaires.

De part sa situation géographique à égale distance des Villes de SAINT-QUENTIN, LAON et SOISSONS, et par son mode de recrutement, le Centre Départemental de Pneumo-Phtisiologie est ouvert à une population à la fois citadine et rurale.

Pour préciser cette donnée, la direction départementale de la Santé et la direction de la Population nous ont communiqué les chiffres suivants quant à la répartition de la population dans le département de l'Aisne en 1963.

Population totale du Département		Population active totale		Population active agricole	
487.337	H. 238.342	194.599	H. 137.673	55.926	H. 40.462
	F. 248.995		F. 56.926		F. 15.374

En comparant le chiffre de la population active agricole de sexe féminin à celui de la population active féminine, on obtient le pourcentage de 27,24 % de population agricole.

Comme l'on sait que lors des dépistages systématiques radiologiques effectués dans les campagnes du département seulement 30 % des habitants se déplacent pour les examens radiophotographiques, il est évident que la fréquentation médicale de ce milieu rural s'avère peu élevée. Par ailleurs, beaucoup de ces "habitants de la terre" restent farouchement opposés à toute hospitalisation.

Pour ce travail, nous avons pris pour définir le milieu urbain les malades qui étaient domiciliées dans l'une des six grandes villes de l'Aisne dont la population est supérieure à 10.000 habitants, à savoir :

- SAINT-QUENTIN / SOISSONS
- LAON / CHAUNY / HIRSON / CHATEAU-THIERRY.

Parmi les malades qui ont été hospitalisées au Centre :

- . 99 étaient originaires d'un milieu rural
- . 59 venaient d'une ville.

Soit 62,66 % de ruraux

& 37,34 % de citadins.

Il nous semble intéressant d'étudier parmi ces malades combien ont été en Sanatorium après leur séjour hospitalier et combien ont été suivies en cure ambulatoire après ce même séjour.

	TOTAL	Malades ayant été en Sanatorium	Malades suivies en cure ambulatoire
Citadins	59	16 ou 27 %	43 ou 73 %
Ruraux =	99	17 ou 17,1 %	82 ou 82,9 %

Il apparaît donc que les malades qui ont été suivies en ambulatoire provenaient essentiellement de milieux ruraux.

	Citadins	Ruraux	Total
Malades avec trdt. sanatorial	45,46 %	54,54 %	100 %
Malades avec trait. ambulatoire	34,40 %	65,60 %	100 %

On observe que parmi les malades adressées en sanatorium :

- 45 % sont des citadins
- 55 % sont des Ruraux



Parmi les malades traitées en cure ambulatoire post-hospitalière :

- 65,6 % étaient des ruraux
- 34,4 % étaient des citadins.



Enfin, sur l'ensemble des malades, on note que :

- 33, soit 20,88 % ont été adressées en Sanatorium
- 125, soit 79,12 % ont suivi la cure ambulatoire post-hospitalière.



B - REPARTITION DES MALADES SUIVANT LE MODE ET LE TEMPS DE TRAITEMENT :

Toutes les malades qui font l'objet de ce travail ont d'abord été hospitalisées au Centre de Pneumo-Phtisiologie de CHAUNY.

Un premier bilan complet a été pratiqué à l'entrée, puis le traitement mis en route selon des modalités développées plus loin.

a - Le temps de séjour moyen à l'Hôpital est de 4 mois. A noter qu'il entre dans cette moyenne des cas extrêmes de séjour :

- 1 cas très court / 15 jours avec sortie contre avis médical,
- 1 cas très long / 1 an pour une malade qui était porteuse d'une pleurésie gauche associée à une caverne de 5 centimètres de diamètre au sein d'un infiltrat de grande dimension. Son état a nécessité, en outre, une intervention chirurgicale au Centre Marie-Lannelongue (extra-pleural). Ce temps d'un an comprend le temps de séjour en milieu chirurgical.

Ces contrôles bacilloscopiques ont été faits chaque mois (jusqu'en 1963) puis chaque quinzaine avec 2 cultures chaque fois.

Ces clichés de contrôle étaient faits tous les mois.

Enfin, un bilan complet était à nouveau pratiqué au moment du départ, soit vers le Sanatorium, soit vers la cure ambulatoire.

Les critères de répartition seront étudiés plus loin.

b - Modalités du traitement en séjour hospitalier.

Outre la cure de repos, jugée toujours nécessaire en début de traitement, nos malades ont reçu une antibiothérapie spécifique associant 3 antibiotiques.

Dans la majorité des cas :

. Injection intramusculaire de 1 g. de STREPTOMYCINE pendant 3 mois avec audiogramme de contrôle tous les mois, puis espacement des doses à raison de 2 grammes toutes les semaines.

. ISONIAZIDE à la dose de 15 mmg./kg. de poids et par jour dont une partie étant administrée dans la perfusion de P.A.S.

. Perfusion quotidienne de 15 g. de P.A.S. et dans les formes les plus aiguës 30 g. par jour en 2 perfusions.

. De plus, était associée à ce traitement l'administration per os de vitamines B₁, B₆ et corticothérapie dans les formes aiguës, fébriles, disséminées.

c - Modalités du traitement en cure ambulatoire.

A leur sortie de l'Hôpital, nous remettions aux malades non retenues pour le Sanatorium une fiche de liaison dans laquelle nous indiquions à l'intention de leur Médecin traitant, outre le diagnostic que nous avions porté, la thérapeutique que nous préconisions afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans le traitement. Parallèlement, le Médecin Chef de Service adressait, dans les meilleurs délais, une lettre au Médecin traitant lui donnant tous les détails sur l'état de leur malade, au cours de l'hospitalisation et lui précisant à nouveau la thérapeutique conseillée.

De plus, avec l'accord des Médecins traitants qui ne s'y sont jamais opposés, nous reconvoquions les malades à intervalle de temps fixe pour des bilans cliniques, radiologiques, bactériologiques et biologiques.

Le rythme de ces bilans a été :

- 1 bilan tous les 3 mois durant la première année suivant la sortie du service.
- 1 bilan tous les 6 mois l'année suivante.

Au cours de cette cure ambulatoire les malades recevaient en général :

- des préparations du commerce associant ISONIAZIDE & P.A.S. et continuaient de se faire faire 2 à 3 injections intramusculaires par semaine de STREPTOMYCINE.

d - traitement annexe

Dans un certain nombre de cas, nous avons été obligés d'utiliser d'autres tuberculostatiques ; ceux qui furent administrés le plus souvent étaient :

- l'ETHIONAMIDE,

- la PROTHIONAMIDE
- la D. CYCLOSERINE.

En effet, la STREPTOMYCINE ne pouvait être poursuivie trop longtemps en raison des troubles cochléaires et vestibulaires qu'entraîne son administration prolongée. Par ailleurs certaines malades présentaient une résistance aux antibiotiques classiques.

Lorsque nous étions conduits à utiliser l'ETHIONAMIDE et la PROTHIONAMIDE nous faisons une surveillance bi-mensuelle du taux des transaminases sériques en raison du risque de lésions hépatiques que fait courir son emploi en particulier sur certains terrains.

D'autres antibiotiques furent utilisés de façon également fréquente tels la KANAMYCINE et la VIOMYCINE.

Enfin, dans les pleurésies tuberculeuses, une corticothérapie était associée, en l'absence de contre-indication d'ordre digestif, hypertensif, ou diabétique pendant une durée de 6 semaines à doses dégressives.

Pour clore ce chapitre, signalons quelques interventions chirurgicales que certains malades ont dû subir en raison du caractère chronique des lésions. Il s'agissait pour la plupart d'entre elles de thoracoplastie du lobe supérieur. Si leur nombre est infime, il n'en demeure pas moins que ces malades ont toutes pu rentrer chez elles sauf une qui fut envoyée en Sanatorium.

e - Cas des femmes tuberculeuses déjà traitées, admises au Centre

Il faut souligner que parmi les 158 malades tuberculeuses traitées au Centre de Pneumo-Phtisiologie de CHAUNY, 21 avaient déjà été traitées pour tuberculose pulmonaire avant leur entrée au Centre. Il s'agissait de rechutes de tuberculose pulmonaire dont deux après cure sanatoriale.

Nous les avons traitées de la même façon que les 137 admises pour une première atteinte tout au moins jusqu'à ce que le résultat de l'antibiogramme ait confirmé qu'aucune résistance ne s'était développée vis-à-vis des produits utilisés.

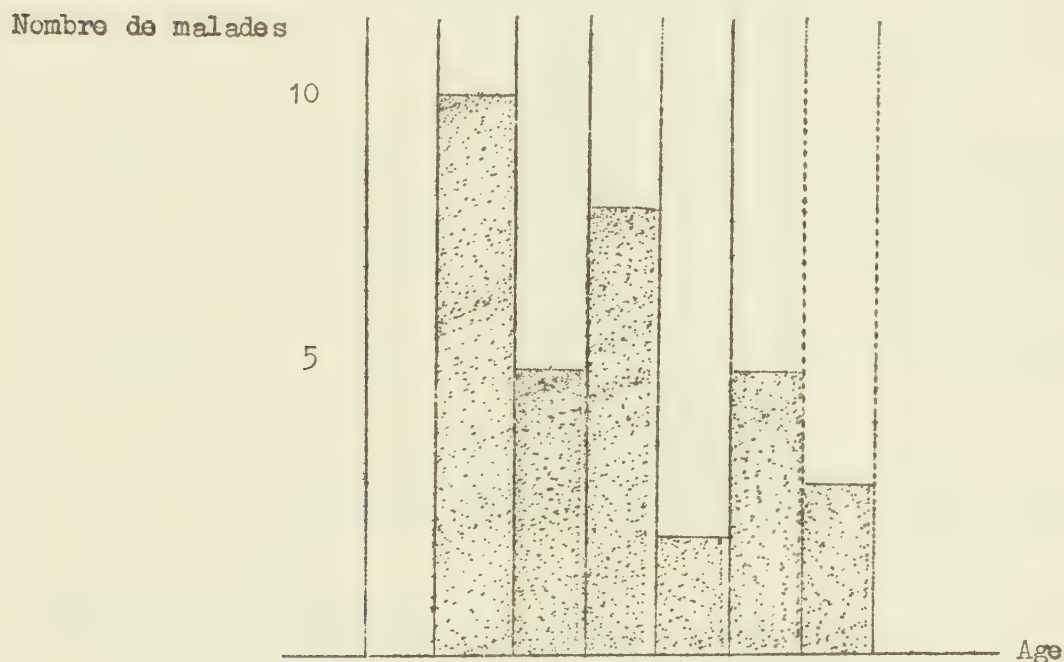
C - REPARTITION DES MALADES SUIVANT L'AGE

Dans l'ensemble, nos malades étaient assez jeunes puisqu'il s'agissait de malades âgées de 15 à 69 ans lors de leur entrée au Centre et dont la moyenne d'âge globale était de 35 ans 8 mois.

Il nous paraît utile d'analyser plus en détail la répartition des âges dans les deux groupes de malades.

- Ainsi, pour le groupe de malades ayant été en sanatorium à la sortie de l'Hôpital (33 au total)

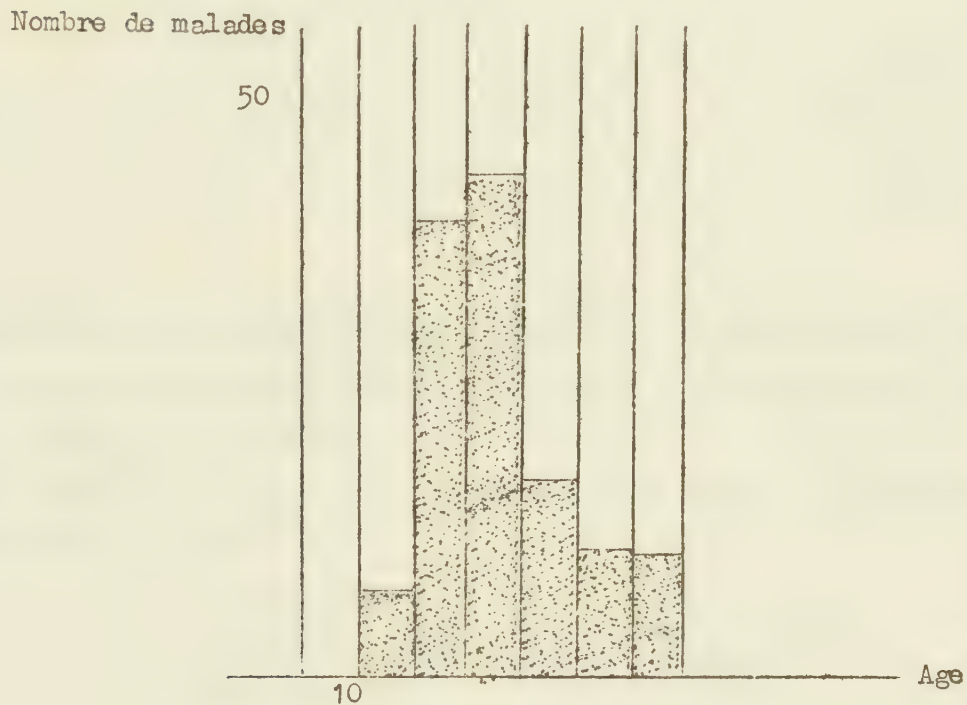
. 11 à 20 ans	10, soit 33 %	environ.
. 21 à 30 ans	5, soit 14,5 %	"
. 31 à 40 ans	8, soit 24 %	"
. 41 à 50 ans	2, soit 6 %	"
. 51 à 60 ans	5, soit 14,5 %	"
. au-dessus de 61 ans	3, soit 8 %	"



Il y avait donc $\frac{1}{3}$ des malades âgées de moins de 20 ans et pratiquement les $\frac{2}{3}$ avaient moins de 40 ans.

- Parmi les femmes que nous avons suivies en cure ambulatoire (125 malades) :

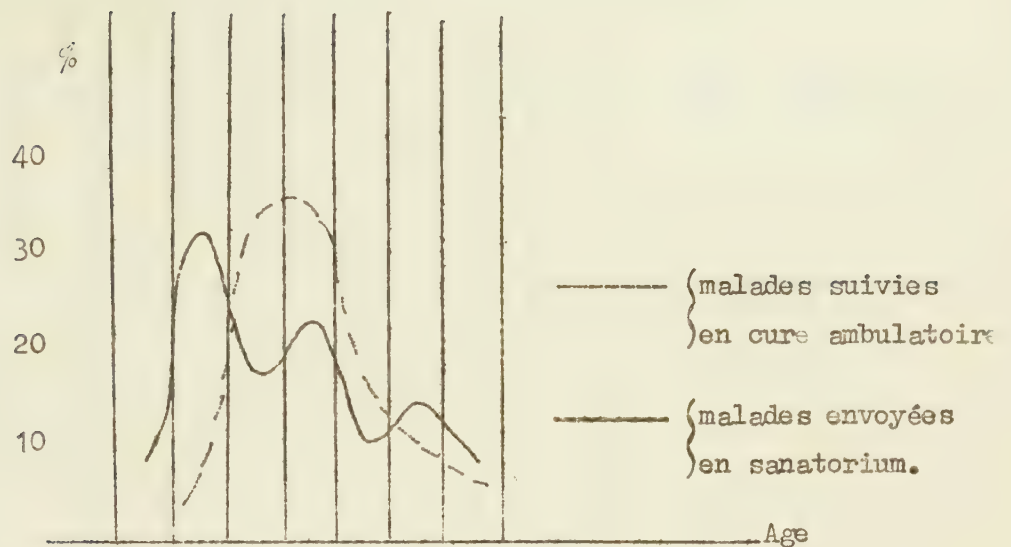
. 11 à 20 ans	7, soit 5,6 % environ
. 21 à 30 ans	40, soit 32 % "
. 31 à 40 ans	44, soit 35,2 % "
. 41 à 50 ans	16, soit 12,8 % "
. 51 à 60 ans	10, soit 8 % "
. au-dessus de 61 ans	8, soit 6,4 % "



Ces résultats appellent les constatations suivantes :

a - Il y a très peu de malades de moins de 20 ans (moins de 6 %) car la plupart sont dans le lot des Sanatoriales, leur placement ayant été envisagé pour des raisons d'orientation professionnelle chez des jeunes filles n'ayant pas de métier.

b - Les $\frac{2}{3}$ des malades ont entre 20 et 40 ans, c'est-à-dire dans la tranche d'âge de pleine fécondité, la plupart étant mère de famille.



D - REPARTITION DES MALADES SUIVANT L'IMPORTANCE DES LÉSIONS RADIOLOGIQUES.

Il existe de nombreuses manières de classer les formes anatomo-radio-
logiques de tuberculose pulmonaire.

Nous avons utilisé la classification qui nous semble la plus couramment
admise actuellement, à savoir :

{	- peu étendues	} soit non cavitaires soit cavitaires
{	- moyennement étendues	
{	- très étendues	

Sur le plan topographique, on entend par forme :

- . peu étendue, les lésions atteignant moins d' $1/3$ du parenchyme pulmonaire total,
- . moyennement étendue, celle qui lèse entre $1/3$ et $1/2$ du parenchyme pulmonaire total,
- . très étendue, celle qui touche plus de la moitié.

L'étendue des lésions radiologiques est toujours jugée sur l'ensemble
des deux pommons.

Le tableau ci-contre indique la répartition des différentes formes radio-
logiques de tuberculose pulmonaire

- chez les malades adressées en sanatorium,
- chez les malades traitées par cure ambulatoire post-hospitalière.

REPARTITION SELON LES FORMES RADIOLOGIQUES

		Total	Sanatorium		Ambulatoire	
Forme très étendue	Cavitaire	20	7	20,21 %	13	10,40 %
	non cavitaire	10	1	3,39 %	9	7,20 %
Forme moyennement étendue	cavitaire	28	5	15,48 %	23	18,40 %
	non cavitaire	11	4	13,32 %	7	5,68 %
Forme peu étendue	cavitaire	19	2	6,66 %	17	13,76 %
	non cavitaire	65	14	42,42 %	51	40,80 %
Pleurésie associée			2		4	
Pleurésie isolée			0		5	4,00 %

L'analyse de ces chiffres nous permet de faire les constatations suivantes :

- le nombre relatif de formes cavitaires dans les deux groupes est parfaitement semblable :

. Sanatorium	43,35 %
. cure ambulatoire	42,56 %

- Le nombre relatif de formes non cavitaires est donc également sensiblement le même :

. Sanatorium	56,65 %
. cure ambulatoire	57,44 %

- Les malades atteintes de formes très étendues représentent :

- . 24,7 % chez les sanatoriales
- . 17,6 % chez les ambulatoires,

et, en particulier, les formes cavitaires sont deux fois plus nombreuses (21,2 %) chez les malades adressées en Sanatorium que chez les autres (10,5 %).

Il y a là au moins en partie une explication du choix de l'orientation sanatoriale préférentielle pour ces malades graves.

- Les malades atteintes de formes moyennement étendues représentent :

- . 28,7 % pour les sanatoriales
- . 24 % pour les autres,

chiffres relativement comparables.

- Enfin, les malades atteintes de formes peu étendues se répartissent comme suit :

- . 49 % pour les sanatoriales
- . 54 % pour les autres.

Là encore, la différence est peu significative.

Au total, en dehors des formes cavitaires, de tuberculose pulmonaire étendue, plus nombreuses chez les malades sanatoriales mais qui ne porte que sur un faible chiffre (7 sanatoriales, 13 ambulatoires) la répartition des formes radiologiques apparaît semblablement identique dans les 2 groupes de malades.

E - REPARTITION DES MALADES EN FONCTION DES BACILLOSCOPIES LORS DE L'ENTREE A L'HOPITAL.

Toutes les malades qui entraient au Centre subissaient au moins 3 examens successifs de leur expectoration pour une recherche de Bacille de Koch qui le plus souvent se faisaient après tubage en raison de la difficulté d'obtenir chez elles un expectorant utilisable, les produits d'expectoration étant toujours mis en cultures en vue d'antibiogramme.

Jusqu'en 1963, les contrôles bacilloscopiques étaient pratiqués tous les mois. A partir de 1963 ils ont été systématiquement pratiqués tous les 15 jours.

Lors de chaque contrôle mensuel ou bi-mensuel, 2 cultures au moins étaient ensemencées sur milieu de Loewenstein. Les inoculations au cobaye ont été exceptionnelles, réservées en particulier aux examens d'urine, de pus ou de liquide céphalo-rachidien.

Le temps moyen de négativation des cultures dans l'ensemble de nos malades a été de 12 semaines 6 jours.

Les antibiogrammes nous ont permis d'étudier les résistances de bacille de Koch à l'ISONIAZIDE d'une part, à la STREPTOMYCINE d'autre part, dans chacun des deux groupes chaque fois que les cultures poussaient.

	Résistance à L'Isoniazide	Résistance à la Streptomycine	Résistance à l'I- soniazide + Strep- tomycine	Sur un total de malades de :
Sanatoriales	3 soit 9 %	0	1 soit 3,3 %	33
Cure ambula- toire	8 soit 6,4 %	5 soit 4 %	3 soit 2,4 %	125

Au simple examen de ce tableau il apparaît que nous avons sensiblement le même nombre de malade résistant à au moins 1 tuberculostatique majeure parmi celles que nous avons soignées en cure ambulatoire post-hospitalière (2,4 %) et celles adressées en Sanatorium (3,3 %).

2 - DUREE MOYENNE DU TRAITEMENT

a - Hospitalier :

Nous rappelons que le séjour moyen en milieu hospitalier a été de 4 mois.

b - Sanatorial

Le temps de séjour moyen en sanatorium est de 13 mois 8 j.

A leur sortie du sanatorium, les malades pour la plupart ont continué un traitement ambulatoire pendant un peu plus d'un an. Ce qui veut dire que les malades ont passé 17 mois 8 jours en moyenne en Etablissement de cure, et ont suivi un traitement d'une durée totale moyenne de 30 mois 8 jours.

c - Cure ambulatoire post-hospitalière.

La majorité des malades ont quitté l'Hôpital pour continuer leur traitement en ambulatoire. Ce traitement contrôlé de la façon que nous exposerons plus loin, était d'une durée moyenne de 18 mois.

Ce qui fait que ces malades ont été immobilisées en Etablissement hospitalier durant 4 mois et ont suivi un traitement d'une durée moyenne de 22 mois.

	Temps de séjour hospitalier	Sanatorium	Ambulatoire	TOTAL
Groupe de 33 malades	4 mois	13 mois 8 j.	13 mois	30 mois 8 jours
Groupe de 125 malades	4 mois	0	18 mois	22 mois

III - RESULTATS

A - CRITERES DE GUERISON ET DE RECHUTE

Il convient tout d'abord de préciser ce que nous entendons par ces termes :

- 1 - Nous avons considéré comme guéries les malades qui avaient des images pulmonaires stabilisées :
(- fibro-bulleuses

- { - étoilées
- { - ou nodulaires denses

depuis au moins 3 ans et avaient évidemment un bilan humoral normal avec baciloscopies par cultures négatives.

2 - Les rechutes vraies sont caractérisées par des récurrences de tuberculose homo ou contro-latérales après que la guérison de la première poussée ait été vérifiée par les tests exposés ci-dessus et alors que l'arrêt du traitement antibiotique avait été autorisé.

Ces critères les opposent aux formes invétérées dont nous n'avons observé qu'un seul cas.

B - PARMI LES 158 CAS ETUDIES, nous avons observé :

- dans le groupe des 125 malades suivies en cure ambulatoire :
 - . 2 rechutes vraies (soit 1,6 %)
 - . 1 forme invétérée,
- dans le groupe des 33 malades traitées en Sanatorium :
 - . 2 rechutes (soit 6 %), dont nous allons étudier plus en détail les cas.

Il s'agit de rechutes qui sont apparues :

- . 6 ans et 10 ans après la première poussée dans le premier cas, soit dans un délai moyen de 8 ans,
 - . 3 ans et 4 ans après dans le second cas, soit dans un délai moyen de 3 ans 1/2 après arrêt du traitement.
-

O B S E R V A T I O N N° 1

- Forme invétérée (mal soignée).

- Mme. V... Lucie, âgée de 37 ans.

. 5 enfants,

. sans profession.

- 1ère atteinte de tuberculose en septembre 1961, découverte à l'occasion d'un examen systématique, son mari étant hospitalisé au Centre de CHAUNY pour tuberculose pulmonaire.

- Il s'agissait d'une tuberculose nodulaire et excavée des 2 apex avec groupes de nodules disséminés dans le reste des 2 lobes supérieurs.

- Bacilloscopies d'entrée :

B.K. + à l'examen direct culture +

- pas de résistance à l'antibiogramme.

- La Vitesse de sédimentation était de 35-59

- cette malade fut traitée par ISONIAZIDE, ETHIONAMIDE, & P.A.S.

Elle ne reste qu'un mois dans le service et sort contre avis médical.

Il n'a pas été possible de préciser la durée du traitement mais il est vraisemblable que cette malade s'est mal ou pas soignée après sa sortie.

- Revient en juin 1966 pour rechute avec état général très altéré, asthénie, amaigrissement de 6 kilos, anorexie, transpiration nocturne ; de plus la malade est fébrile.

- Radio & tomos : opacité nodulaire des deux sommets & excavation du sommet droit.
- Bacilloscopie +
- Vitesse de sédimentation : 35-66

La malade reste 1 mois 1/2 dans le service et sort de nouveau contre avis médical.

Elle a été vue pour la 2e fois au D.H.S. d'HIRSON le 24.10.1967, fut convoquée par 3 fois au cours de l'année 1968 et ne s'est pas présentée aux convocations.

L'Assistante Sociale de secteur lui rendit visite : la malade déclare ces examens inutiles et signifie qu'elle ne se rendrait pas aux convocations.

Elle est décédée le 18 septembre 1969.

On ne peut dire qu'il s'agisse là d'une rechute amputable au mode de traitement, cette malade n'aurait en effet jamais accepté de partir en sanatorium et serait sortie de la même façon contre avis médical.

O B S E R V A T I O N N° 2

- Mme B... Ginette, âgée de 30 ans :

- . 2 enfants,
- . sans profession.

- En janvier 1957, découverte d'une tuberculose bacillifère à l'occasion d'une importante altération de l'état général à l'occasion d'un amaigrissement de 7 kilos et toux.

- Bacilloscopie d'entrée : B.K. + à l'examen direct, culture +
 - pas de résistance à l'antibiogramme.

- Radio et tomos : caverne rétro-claviculaire gauche, au sein d'un infiltrat dense,

- 6 mois d'hospitalisation, au cours desquels elle reçoit un traitement classique par P.A.S. / STREPTOMYCINE / ISONIAZIDE.

La malade revient tous les 3 mois pour subir un bilan et suit son traitement régulièrement pendant une durée totale de 2 ans.

Considérée comme guérie à partir de 1959.

- en janvier 1969, rechute découverte à l'occasion d'un examen pré-natal.
 - Les bacilloscopies sont +
 - les radios et tomos montrent une grosse caverne du lobe supérieur gauche.
- En juillet 1969, elle accouche d'une fille normale et subit une ligature des trompes.

La caverne à cette époque est refermée ; il ne persiste qu'une petite traînée fibreuse à l'endroit de la caverne. Le traitement est poursuivi par :

- ISONIAZIDE / ETHAMBUTOL / STREPTOMYCINE.

- En octobre 1969
 - Les bacilloscopies et les cultures sont négatives.
 - La V.S. est subnormale
 - Poursuite du traitement par :
RIFAMPYCINE / ISONIAZIDE & PROTHIONAMIDE.

- En janvier 1970

Les radios ne montrent plus qu'un nodule fibreux cicatriciel et le traitement est poursuivi comme précédemment.

Il s'agit là d'un cas de rechute typique à l'occasion d'une grossesse bien que la malade se soit correctement soignée et que la maladie ait été guérie, la malade menant pendant 12 ans une activité normale de Mère de famille.

O B S E R V A T I O N N° 3

- Mme. G... Georgette, âgée de 38 ans
 . mène une vie professionnelle.

- En juin 1959, à l'occasion d'un dépistage systématique par radiophotographie au lieu de travail, découverte d'un groupe de nodules du sommet droit.

- La malade est hospitalisée en mars 1960 seulement :

- Les bacilloscopies sont négatives, de même que les cultures.
- La V.S. est de 18-34
- elle est traitée par :
 P.A.S. / STREPTOMYCINE & ISONIAZIDE.

Elle sort du service le 7 juillet 1960 avec poursuite d'un traitement par :

- 6 comprimés de RIMIFON (à 150 mg.) & 2 injections I.M. par semaine de STREPTOMYCINE puis
- P.A.S. buccal à raison de 12 grammes par jour en remplacement de la STREPTOMYCINE en novembre 1960.
- En février 1961, seul le RIMIFON est continué à la même dose.
- En août 1961, la malade est autorisée à reprendre son travail alors qu'elle continue de prendre du RIMIFON.
- Convoquée pour bilan en mai 1962, la malade ne se présente pas.

Elle aurait suivi son traitement durant une période de 15 mois après sa sortie de l'Hôpital, soit une durée totale de traitement de 19 mois.

- En juin 1967, rechute :
 - les bacilloscopies sont + ainsi que les cultures,
 - un antibiogramme pratiqué montre une résistance partielle à la CYCLOSERINE.

- Les radios et tomos montrent un infiltrat excavé du lobe supérieur droit.
- La V.S. est de 47-80.

Un traitement est mis en route comportant la triple association :
P.A.S. / STREPTOMYCINE / RIMIFON.

- Traitement à domicile de novembre 1967 à janvier 1968 par :
 - injections I.M. faites au Dispensaire de STREPTOMYCINE & de RIMIFON.
- Nous l'adressons en janvier 1968 au Sanatorium du Thouronnet à Châteauneuf la Grasse, d'où elle sort le 2 JUILLET 1968.

Il ne persiste alors qu'une bulle de l'apex droit tandis que bacilloscopies et cultures restent négatives.

O B S E R V A T I O N N° 4

- Mme. G... Georgette, âgée de 33 ans.
 - . 3 enfants,
 - . Lingère de son métier.

- En 1956, des radios et tomos montrent un infiltrat du sommet droit
la malade ne se soigne pas.

- En 1961, ses trois enfants virent leur cuti.

Les images radiologiques précédentes se sont améliorées et la malade ne se soigne toujours pas.

- En février 1964, la malade présente une bronchite aiguë avec petite hémoptysie qui la décide enfin à se soigner.

- Entre au Centre de Pneumo-Phtisiologie en mars 1964
 - les bacilloscopies sont négatives
 - les cultures sont +

- Un antibiogramme révèle une résistance totale à la Streptomycine.
- Quant à la Vitesse de sédimentation, elle est de 9-27.
- Les radios et tomos montrent toujours un infiltrat du lobe supérieur droit.
- Le traitement associé :

P.A.S. / ISONIAZIDE / ETHIONAMIDE / STREPTOMYCINE.

- En mai 1964, départ pour le Sanatorium "Les Terrasses" à HAUTEVILLE, d'où elle sort le 13 janvier 1965. Le séjour est interrompu à la demande de la malade pour raisons familiales. Le traitement est poursuivi sous forme de :

- I.N.H. / P.A.S. / STREPTOMYCINE.

- En mai 1969. Rechute

Apparition de nodules sous-claviculaires externes droite, mais Bacil-
loscopies négatives.

Il ressort de cette observation un point essentiel : le problème familial que pose l'isolement d'une mère de famille. Nous en étudions plus loin différents aspects.

O B S E R V A T I O N N° 5

- Mme. K... Hélène, âgée de 35 ans :
 - . 1 enfant.
 - . Aide-Soignante.

Il s'agit de l'une des 21 femmes qui avaient déjà été traitées pour tuberculose pulmonaire avant leur entrée au Centre de Chauny.

Elle présente un passé tuberculeux chargé.

- En effet, en février 1944, tuberculose pulmonaire ulcéro-fibreuse bilatérale
 - Cure sanatoriale du 17.2.1944 au 31.5.1948, traitée par pneumothorax.

- Adénite cervicale fistulisée en mai 1944.

- Réadaptation comme infirmière et entre dans le Personnel du Sanatorium de Saint-Gobain, le 1.6.1949.

- 1re rechute le 6 juin 1954.

- Les radios et tomographies montrent un infiltrat de la base droite et une sténose bronchique avec atélectasie.

Elle va en Sanatorium et fait un séjour à l'Hôpital Calmette de LILLE.
Période qui va du 28.10.1954 au 26.2.1955.

Notre malade reprend le travail à mi-temps le 16.3.1955.

- Nouvel arrêt de travail le 20 juin 1955 pour pneumopathie virale et poussée évolutive de surinfection.

- Reprise de travail à mi-temps le 1er décembre 1955 puis à temps complet jusqu'en novembre 1959, date de la :

- 2e rechute où nous le voyons pour la première fois au Centre de CHAUNY

- Bacilloscopies +
culture positive,

- l'antibiogramme montre une résistance totale au RIMIFON.

- Les Radios et temps montrent une image cavitaire du lobe de Nelson droit.

Ces images régressent sous l'effet du traitement qui comporte :

- P.A.S. / ETHIONAMIDE / STREPTOMYCINE.

- Sort du Service fin janvier 1960.

- Reprise de travail en mars 1960 à temps partiel puis à temps complet jusqu'en juillet 1968 où elle fait une :

- 3e Rechute

- Arrêt de travail pendant 6 mois.

- Reprise de travail le 16.1.1969 à mi-temps.

IV - DISCUSSION

I - DE NOTRE ETUDE COMPARATIVE.

A - EXPLICATION DU CHOIX DE L'ORIENTATION DES MALADES.

Si depuis quelques années, le traitement ambulatoire de la tuberculose pulmonaire est envisagé de plus en plus fréquemment, au début de notre période de référence il n'en était guère question, du moins en FRANCE, les malades qui se sont trouvées être soignées en ambulatoire, le furent pour des raisons sociales et aussi devant l'opposition farouche de nos malades à tout éloignement de leur foyer pour une durée relativement longue. C'est ainsi qu'il nous a été donné de constater que les résultats étaient aussi bons que pour les malades que nous continuions à envoyer en Sanatorium.

Par la suite, ne furent envoyées en Sanatorium, que les jeunes filles qui pouvaient bénéficier d'une formation professionnelle en cours de traitement, leur évitant ainsi de perdre de précieuses années, et des femmes plus âgées posant un problème social.

Ainsi, parmi les jeunes malades que nous avons adressées en Sanatorium :

- 10 étaient âgées de moins de 20 ans,
- 10 avaient plus de 50 ans.

En outre, en se référant au tableau, page 14, il apparaît que sur les 33 malades ayant suivi ce mode de traitement, 18 étaient porteuses de lésions peu importantes et même minimes.

B - ACTIVITE DES MALADES

Il nous paraît intéressant de chercher quelle était l'activité des malades. En effet, cela posait quelques problèmes à leur sortie de l'Hôpital.

Les malades qui furent autorisées à suivre un traitement en cure ambulatoire, retrouvaient chez elles un foyer avec des enfants, nombreux parfois, ce qui n'est pas sans entraîner de multiples tâches ménagères.

Par ailleurs, le niveau social de ces malades excluait toute possibilité d'aide extérieure.

Ainsi, en ce qui concerne les femmes qui partirent en Sanatorium :

- 12 étaient mère de famille,
- 15 avaient une activité professionnelle qu'elles ont repris à la Sortie du Sanatorium.
- 4 n'exerçaient aucune profession et n'étaient pas mère de famille.
- 2 pour lesquelles nous avons manqué de renseignements précis.

Quant aux femmes qui rentraient dans leur foyer :

- 31 exerçaient une profession qu'elles n'ont reprise qu'après 1 an de traitement en moyenne
- 85 étaient mère de famille
- 8 n'avaient pas d'enfant et ne travaillaient pas.
- 3 pour lesquelles les renseignements étaient insuffisants.

En fait, parmi les femmes qui exerçaient une activité professionnelle, certaines avaient des enfants dont elles avaient la charge de s'occuper.

Ces femmes avaient de 0 à 13 enfants chacune, avec une moyenne de 2.

- celles qui sont parties en Sanatorium en avaient de 0 à 13 avec une moyenne de 4, 9 enfants par femme.

- en ce qui concerne les femmes que nous avons suivies en cure ambulatoire, elles avaient de 0 à 12 enfants avec une moyenne de 2, 9 enfants par femme.

Nous insistons sur le travail important que représentait pour les mères de familles la charge de leurs enfants dès leur retour dans leur foyer.

C - REPARTITION DES MALADES BACILLAIRES SUIVANT LEUR ORIENTATION :

Parmi les malades qui ont été en Sanatorium, à leur entrée au Centre, il y avait :

- B.K. + au direct	26 femmes	} soit 29 contagieuses.
- B.K. O culture +	3 femmes	
- B.K. O culture O	4 femmes	

Quant aux malades qui poursuivaient leur cure en ambulatoire, il y avait à l'entrée au Centre :

- B.K. + au direct	71 femmes	} soit 96 contagieuses
- B.K. 0 culture +	25 femmes	
- B.K. 0 culture 0	21 femmes	
- Sans précision	8	

Parmi les 33 malades adressées en Sanatorium, il y avait :

- 1 résistante à l'I.N.H. & Streptomycine, soit 3,33 %
- 3 résistantes à l'I.N.H. soit 9 %
- 0 résistante à la Streptomycine.

Parmi les 125 malades traitées en ambulatoire, il y avait :

- 8 Résistantes à l'I.N.H. & Streptomycine, soit 6,4 %
- 5 Résistantes à l'I.N.H. soit 4 %
- 3 Résistantes à la Streptomycine soit 2,4 %

Ces chiffres indiquent que le pourcentage des résistances est sensiblement identique dans les 2 groupes, à savoir :

- 12,4 % chez les sanatoriales
- 12,8 % chez les femmes suivies en cure ambulatoire.

D - REPARTITION DES MALADES PARTIES EN SANATORIUM SUIVANT LEUR PROVENANCE

Nous avons vu au début de ce travail que les malades, en raison de la situation centrale du Centre de Pneumo-Phtisiologie de CHAUNY provenaient à la fois d'un milieu rural et urbain.

En étudiant la répartition de leur provenance dans chacun des groupes, il s'avère que :

- les Ruraux représentent 62,66 % de nos malades.

Il n'est donc pas étonnant de trouver dans les 2 groupes une majorité de ruraux, mais ce qui nous semble plus significatif est le fait que parmi les 99 malades issues d'un milieu rural, 17,17 % seulement furent soignées, après leur séjour au Centre, en Sanatorium alors que 82, 83 % étaient suivies en cure ambulatoire.

Parallèlement, dans notre clientèle citadine, 29,15 % séjournaient en Sanatorium tandis que 70,85 % d'autres continuaient leur traitement en ambulatoire.

On peut donc conclure que si dans les 2 groupes, il est peu de malades qui ont été en Sanatorium, il semble que les citadines y allaient plus facilement que les ruraux pour qui cela pose infiniment plus de problèmes.

E - DUREE DES ARRETS DE TRAVAIL

Il n'a pas été possible de préciser avec exactitude le délai de reprise de travail chez nos malades salariées mais, au vu des observations les plus typiques, le délai est d'environ 1 an après le début du traitement.

Par contre, toutes les mères de famille ont repris leur activité de ménagère normale et fatigante dès leur retour de l'Hôpital ou du Sanatorium.

F - LES OBJECTIONS CONCERNANT LES MALADES DONT NOUS N'AVONS PAS EU DE NOUVELLES.

Certes, on peut objecter à ce travail que nous n'avons eu aucune nouvelle de 43 malades et que toutes peuvent avoir rechuté. A cela nous répondrons que :

- cela est peu vraisemblable

- l'étude de la répartition des malades suivant le mode de traitement à leur sortie de l'Hôpital montre que :

- . 16 avaient été en Sanatorium, soit 37,2 %

- . 27 avaient été suivies en cure ambulatoire, soit 62,8 %

Si nous rapprochons ces chiffres de ceux de notre enquête, il y avait :

- 20,88 % de malades parties en sanatorium,

- & 79,12 % de malades soignées en ambulatoire.

Il semble donc que l'abstention à répondre des malades fut plus importante parmi les malades qui ont été en Sanatorium et que le risque de rechute parmi les malades est sensiblement identique que pour les malades ayant répondu.

On peut également nous objecter que les 2 groupes de malades ne sont pas comparables puisque l'un est formé de 33 dossiers et l'autre de 125. Mais la répartition des cas cliniques au sein des groupes est sensiblement la même puisque nous avons vu que :

- les pourcentages de formes anatomo-cliniques étaient proches les uns des autres dans chacun des deux groupes,
- les pourcentages de bacilles résistants étaient également identiques,
- les temps de traitement hospitalier identiques
- ainsi que les modalités du traitement médicamenteux.

Il apparaît de cette statistique que :

- 1 - Le pourcentage des rechutes est très faible dans les 2 groupes.
- 2 - les femmes qui furent traitées en cure ambulatoire n'ont été écartées de leur foyer que 4 mois en moyenne, ce qui diminue les difficultés familiales, limitant au mieux le risque de fuite du mari durant l'absence de sa femme, voire son remplacement conjugal. Quant aux enfants, ils se trouvaient un minimum de temps privés de leur mère évitant des troubles psychiques chez eux, particulièrement fréquents dans les foyers dissociés.
- 3 - Enfin, l'enquête qui a été faite dans les Dispensaires nous a permis de vérifier qu'il n'a été constaté aucune primo-infection tuberculeuse chez les enfants après le retour de leur mère au foyer.

Parallèlement, les enfants étaient systématiquement vaccinés par le B.C.G. après vérification des tests tuberculiniques.

Au total, le traitement ambulatoire post-hospitalier de la tuberculose pulmonaire avec reprise précoce d'activité chez des femmes en majorité mère de famille, comparé au traitement sanatorial post-hospitalier, révèle qu'après un recul de 3 à 12 ans, le nombre des rechutes est infime (inférieur à 2 %), et au moins aussi bon que chez les malades adressées en sanatorium.

L'enquête à laquelle nous venons de nous livrer a confirmé qu'il y avait parité dans la gravité des cas traités selon les 2 méthodes et il apparaît ainsi que l'indication du Sanatorium se réduit de plus en plus, et dépend certainement moins de la gravité de l'atteinte tuberculeuse que de problèmes sociaux chez des sujets âgés et vivant seul ou chez des jeunes femmes qui peuvent trouver dans certains établissements sanatoriaux des possibilités de formation professionnelle leur permettant de profiter de leur maladie pour se surclasser dans l'échelle sociale.

G - ESSAI D'EXPLICATION DES RESULTATS FAVORABLES

Nous pensons que ces résultats sont dus pour une grande part à la structure qu'avait pris la lutte anti-tuberculeuse dans le Département de l'Aisne.

En effet, jusqu'en 1967, les mêmes Médecins exerçaient au Centre départemental de Pneumo-Phtisiologie de Chauny et dans 6 des 8 Dispensaires anti-tuberculeux de l'Aisne, à savoir ceux de :

LAON / SAINT-QUENTIN / SOISSONS / CHAUNY / LA-FERE / HIRSON.

1 - Avantage de la méthode

Il existait donc, à cette époque, 2 Médecins Chefs de Service, travaillant en étroite collaboration, qui assuraient :

- . le dépistage
- . les soins
- . la surveillance post-hospitalière,

permettant ainsi d'un bout à l'autre de la chaîne de la lutte anti-tuberculeuse, une unité de personne et d'action.

Les malades, après leur sortie du Centre, étaient convoquées tous les mois, au Dispensaire, au début pour surveillance de l'image radiologique et du traitement. Puis elles étaient convoquées tous les 3 mois. Lorsque les malades reprenaient une activité professionnelle, c'était au Dispensaire de leur domicile que s'effectuaient ces bilans afin de ne pas leur faire perdre des journées de travail salarié.

C'est grâce à l'établissement d'un fichier spécial que le Secrétariat du Centre pouvait convoquer ces malades, puis les signaler aux dispensaires respectifs pour surveillance.

Tout ceci se faisait avec la collaboration des Médecins traitants des malades que le Centre ne manquait pas de tenir au courant de l'état de santé de leur cliente au cours de l'hospitalisation tout d'abord et lors de chaque bilan.

Ces résultats semblent surtout la conséquence d'une politique logique de lutte anti-tuberculeuse dans l'Aisne préconisée par le Ministère à partir de 1954.

Cette politique était basée sur l'unicité du dépistage, des soins et de la surveillance ; c'étaient les mêmes médecins que les malades rencontraient au Dispensaire et dans le service hospitalier, ce qui est un facteur psychologique non négligeable, car la multiplicité des visites de spécialistes, compétents mais n'ayant pas toujours connaissance de la totalité des dossiers, les amènent trop souvent à donner des avis divergents qui ébranlent la confiance des malades.

Il est regrettable que, sur le plan de l'Aisne, le Ministère ait mis fin en 1967 à cette politique d'unicité.

II - LES AUTRES EXPERIENCES SUR LE PLAN MONDIAL

Notre travail a porté sur une étude de modalités de traitement de la tuberculose pulmonaire imposées par des circonstances locales, à savoir le refus de beaucoup de femmes d'un service de Pneumo-Phtisiologie à se rendre en Sanatorium. Une comparaison entre des résultats obtenus chez des malades ayant subi toutes une hospitalisation de courte durée (4 mois) mais dont certaines sont ensuite parties en Sanatorium et d'autres sont retournées chez elles, a permis de conclure que le nombre de rechutes était infime dans les 2 cas et qu'il n'y avait pas de différence significative entre les 2 groupes.

Il faut signaler que cette modalité de traitement ambulatoire après un court séjour hospitalier n'était pas une idée originale puisque, dès 1958, le Professeur LEVI-VALENSI avait rapporté les excellents résultats obtenus à ALGER par un traitement de même nature.

Il convient, en effet, de se rappeler que dans certains pays en voie de développement et dont l'armement anti-tuberculeux était nettement insuffisant pour permettre un traitement complet en Sanatorium, les Phtisiologues ont été amenés à des modalités thérapeutiques comportant :

- soit un traitement strictement ambulatoire (c'est le cas de l'expérience de Madras),
- soit un traitement ambulatoire après courte hospitalisation.

Dans leur rapport au 6e Congrès International de Médecine tropicale et du Paludisme à LISBONNE en 1958, les Professeurs LEVI-VALENSI et MOLINA aboutissaient à la conclusion que les meilleurs résultats chez leurs malades traités pour tuberculose pulmonaire étaient obtenus lorsqu'un traitement hospitalier court de 3 mois précédait la poursuite du traitement à domicile.

Ils ont en effet observé que, dans ces conditions, la guérison survenait dans un pourcentage très important de cas à la condition que le traitement antibiotique soit poursuivi et contrôlé jusqu'à la guérison complète.

Tout récemment, à l'occasion du XVII^e Congrès National de la Tuberculose et des maladies respiratoires à BORDEAUX, le Professeur KREIS et ses Collaborateurs ont fait une étude critique des résultats des traitements chimiothérapiques anti-tuberculeux sans hospitalisation et avec hospitalisation courte.

L'Auteur rapporte en particulier, la première enquête irréprochable sur le plan statistique entreprise en 1956, à MADRAS (aux Indes) par le Tuberculosis Chemotherapy Centre sous le contrôle du Medical Research Council Britannique. Dans ce pays l'énorme population tuberculisée par rapport au nombre de lits très restreint réservés aux tuberculeux nécessitait absolument un traitement à domicile de la plupart des malades. Deux groupes ont été répartis au hasard ; il s'agissait de tuberculeux ayant tous des bacilloscopies positives mais dont les bacilles étaient sensibles aux antibiotiques utilisés. Un de ces groupes était soigné uniquement à l'Hôpital, l'autre à domicile.

Sur un groupe de 163 tuberculeux avancés, choisis au hasard,

- 81 dont 50 hommes furent soignés à l'Hôpital
- 82 dont 49 hommes furent soignés à domicile sans hospitalisation préalable.

L'Auteur observe qu'après un an de ce traitement, 55 % gagnaient leur vie, alors que les malades hospitalisés étaient toujours alités pour la plupart. Les résultats cliniques, bactériologiques et radiologiques se sont révélés tout-à-fait superposables chez les malades du sexe masculin dans les deux groupes. Sans doute, les malades hospitalisés avaient-ils davantage amélioré leur état général du fait d'une suralimentation hospitalière, mais sur le plan social, il faut insister sur la reprise du travail qui avait permis à de nombreuses familles de survivre.

En 1965, une étude comparative faite au JAPON, chez des malades traités par cure ambulatoire et par cure hospitalière, a révélé que sur 829 malades, il n'y eut pas de différence du taux de négativation des cas de gravité moyenne dans les deux groupes. Il faut cependant noter que dans les lésions fibro-caséuses et cavitaires l'amélioration radiologique fut plus nette chez les malades hospitalisés.

D'autres enquêtes du même ordre, pratiquées en Afrique Occidentale en 1956 puis au KENYA, en OUGANDA, et en TANZANIE en 1966 aboutissaient aux mêmes conclusions.

Il apparaît cependant évident que de tels traitements purement ambulatoires ne sont justifiés que dans des pays où l'infrastructure anti-tuberculeuse n'est pas suffisante pour permettre une hospitalisation de chacun des nouveaux cas dépistés.

En FRANCE, où cette infrastructure existe, il paraît logique, dans l'état actuel de nos connaissances, d'envisager la mise en route du traitement anti-tuberculeux sous contrôle hospitalier et en milieu hospitalier pendant une période relativement courte de 3 à 4 mois, période pendant laquelle 90 à 95 % des malades peuvent être négativés sur le plan de leur expectoration.

C'est ainsi qu'après leur étude critique dont il a été question ci-dessus, le Professeur KREIS et ses Collaborateurs rapportent les résultats de leur expérience personnelle chez des malades traités pendant une courte période à l'Hôpital puis remis dans le circuit social avec un traitement ambulatoire sous surveillance médicale stricte.

Dans un premier temps, entre 1965 et 1968, 180 travailleurs (dont 53 % étaient des Noirs Africains) présentant une première atteinte de tuberculose ont été ainsi traités et 71 malades ont pu reprendre le travail avant le 90e jour et 85 entre le 3e et le 6e mois. Au total, 87 % ont pu reprendre leur activité salariée avant la fin du 6e mois. Le traitement a été continué de façon ambulatoire sous surveillance stricte pendant 12 à 18 mois. Il ne fut constaté aucune rechute clinique ou radiologique.

Une deuxième expérimentation portant sur les années 1968 et 1969, tend à diminuer encore le temps de séjour hospitalier puisque, pour 72 malades, le temps d'hospitalisation fut en moyenne de 45 jours et, après un recul de 14 mois, il n'a été observé ni rechute clinique ni rechute radiologique mais seulement une culture positive isolée.

L'indication du placement en Sanatorium reste cependant valable pour certaines catégories de malades, en particulier des malades se trouvant dans des conditions sociales difficiles, vivant seul, trop âgés pour travailler, et chez qui la poursuite d'un traitement correct ne peut se faire que sous surveillance médicale en milieu sanatorial.

C'est le cas également pour certains jeunes, quelle que soit la gravité de leur tuberculose car le but essentiel est alors d'essayer de les reclasser dans l'échelle sociale et de leur apprendre un métier de façon à ce qu'il puisse reprendre une activité normale dans des conditions de travail plus intéressantes.

Le Sanatorium reste aussi l'indication de quelques cas de tuberculoses fibro-casécuses invétérées encore que la chimiothérapie actuelle, en particulier l'arrivée de la RIFAMPYCINE, permette d'envisager, même chez ces malades, des stabilisations bactériologiques après des années et des dizaines d'années de bacilloscopies positives.

Pour tous les autres malades, il semble maintenant logique, après une hospitalisation de 3 ou 4 mois de les laisser poursuivre leur traitement à domicile, et d'autoriser, dans la mesure du possible, une reprise de travail précoce qui a le double avantage :

- d'éviter l'apparition de certaine sinistrose qui empêche les malades trop longtemps immobilisés, de reprendre une activité salariée normale,
- d'éviter, par un retour rapide au foyer, beaucoup de drames familiaux.

En outre, la possibilité de retrouver rapidement un salaire normal évite bien souvent à la famille des difficultés financières qui sont cause d'autres accidents familiaux.

Dans le cadre de notre enquête, il s'agissait, exclusivement de femmes et celles-ci pour la plupart mère de famille, ont pu reprendre leur vie familiale normale dès leur retour à domicile tout en suivant leur traitement.

Nous insistons bien sur le fait que toutes ces malades étaient négativées au moment de leur sortie et le souci essentiel restant pour nous le risque de contamination familiale, nous avons pu observer du fait que les mêmes Médecins surveillaient les familles des malades au Dispensaire, qu'aucun cas de contamination ou de primo-infection tuberculeuse n'a été observé après le retour de ces malades à leur foyer.

Enfin nous ne saurions trop insister sur le caractère socio-économique de ces modalités de traitement qui, en évitant des arrêts de travail trop prolongés, épargne aux organismes payeurs qu'il s'agisse de Caisse de Sécurité Sociale ou des organismes d'aide sociale, des versements coûteux de journées d'hospitalisation et des versements prolongés de 1/2 salaire.

Sur le vu de notre Etude, le traitement des tuberculeux pulmonaires par hospitalisation courte de 4 mois, suivie de traitement à domicile avec reprise d'activité précoce, semble être un compromis logique entre l'hospitalisation prolongée et abusive, telle qu'elle a eu lieu pendant de nombreuses années, et le traitement purement ambulatoire qui ne saurait rester que le fait de pays dont l'infrastructure anti-tuberculeuse ne permet pas l'hospitalisation même courte des nouveaux cas dépistés. Il y a lieu de penser que la chimiothérapie anti-tuberculeuse qui a doté récemment notre arsenal thérapeutique de produits d'une extraordinaire efficacité, telle que la RIFAMPYCINE, permette d'envisager que dans un avenir plus ou moins rapproché ces délais d'hospitalisation pourront être encore écourtés que la reprise d'activité pourra intervenir plus précocément encore comme c'est le cas pour de banales infections pulmonaires microbiennes ou virales.

C O N C L U S I O N

Nous avons étudié le devenir de 203 femmes tuberculeuses traitées au Centre Départemental de Pneumo-Phtisiologie de CHAUNY, du 1er janvier 1958 au 31 décembre 1966.

Notre recul d'observations est donc de plus de 3 ans.

Nous avons pu exploiter 158 dossiers.

Toutes ces femmes ont fait l'objet d'une hospitalisation d'une durée moyenne de 4 mois.

Le traitement a été ensuite poursuivi :

- en Sanatorium pour 33 d'entre elles (avec un séjour moyen en Sanatorium de 13 mois 8 jours et une durée moyenne de traitement de 30 mois 8 jours).

- en cure ambulatoire post-hospitalière pour 125 d'entre elles avec une durée moyenne de traitement de 22 mois.

L'analyse des chiffres révèle que si la comparaison entre les 2 groupes n'est pas statistiquement valable, on doit observer :

- a - que la gravité des formes cliniques et radiologiques comporte un pourcentage identique dans les 2 lots,

- b - que le nombre des résistances aux antibiotiques était proportionnellement identique dans les 2 lots,

- c - que les malades adressées en Sanatorium étaient, dans un moins grand pourcentage de cas, d'origine rurale : 17,17 % contre 82,83 % de ruraux dans les traitements ambulatoires post-hospitaliers.

Nous constatons :

1 - Que le nombre de rechutes est infime dans chacun des 2 lots sans qu'on puisse les comparer :

- . 2 Rechutes sur 125 {cure ambulatoire)
- . 1 forme invétérée }
- . 2 rechutes sur 33 (cure sanatoriale)

2 - Toutes les femmes traitées en cure ambulatoire post-hospitalière ont été dans l'obligation de reprendre une vie familiale normale, donc un travail de mère de famille normal, dès leur sortie de l'Hôpital.

3 - Aucun cas de contamination familiale n'a été observé après le retour des malades dans leur foyer.

Nous avançons donc les conclusions suivantes :

1 - Le traitement en cure ambulatoire, après courte hospitalisation de 3 à 4 mois est au moins aussi efficace que les longs traitements sanatoriaux.

2 - Que cette méthode, en rendant rapidement la mère de famille à son foyer, évite beaucoup de drames familiaux et n'induit aucun risque de contamination familiale si l'on prend la précaution de ne laisser sortir les malades qu'après 2 cultures sur Loewenstein négatives, ce qui est obtenu en moins de 4 mois pour près de 95 % des patientes.

3 - Que le coût global de la maladie se trouve nettement diminué, le prix des médicaments pris à domicile étant moindre que les prix de journée des Etablissements Sanatoriaux.

4 - Que le sanatorium garde ses indications dans des cas bien précis, tels que :

- . tuberculeuses âgées, vivant seules et ne pouvant se soigner correctement à domicile.

- . Les toutes jeunes malades qui, quelle que soit la gravité de leur tuberculose, peuvent bénéficier durant la maladie d'un reclassement professionnel.

- . Les non-exceptionnels cas de tuberculose invétérée.

Cette étude entre dans le cadre d'autres enquêtes effectuées en France et à l'Etranger pour tester la valeur du traitement ambulatoire et nous a surtout retenu :

a - Les études des Professeurs LEVI-VALENSI & MOLINA à ALGER en 1958 sur le traitement ambulatoire après court séjour hospitalier.

b - Récemment les travaux du Professeur KREIS concernant la remise au travail précoce des tuberculeux pulmonaire après courte hospitalisation.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur KREIS

Professeur G. BROUET

Vu et Permis d'Imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

B I B L I O G R A P H I E

On trouvera une bibliographie complète dans :

- Le rapport du Professeur KREIS. -

Au 16e Congrès National de la Tuberculose et des Maladies Respiratoires.

A Bordeaux en avril 1970.

- Le rapport des Professeurs LEVI-VALENSI et MOLINA. -

Au 6e Congrès International de Médecine Tropicale et du Paludisme.

A Lisbonne en 1958.

